

FICHE D'INSCRIPTION Cours collectifs Adultes - Saison 2026-2027

Informations personnelles

NOM : _____

Date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____

Sexe : H ☐ / F ☐

Lieu d'habitation



☐ Saint Chamond

Quartier : _____



☐ Hors Saint Chamond

Ville : _____

Contacts

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____



Portable : ____/____/____/____/____



Mail : _____@_____

**Les informations sur les cours seront transmises uniquement par mail*

Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire)

NOM : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Prénom : _____

Cadre réservé à l'administration

Cours adultes
souhaité(s) :

Natation

Aquagym

Aquabike

Jour(s) : _____

Horaire(s) : _____

Pièces à remettre obligatoirement le jour de l'inscription

☐ Questionnaire de santé (OBLIGATOIRE)

☐ Justificatif d'assurance responsabilité civile

Mode de règlement cotisation :

☐ Espèces

☐ Chèques vacances

☐ CB

☐ Coupons sport

☐ ***Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur des cours collectifs municipaux et m'engage à m'y conformer (règlement consultable en scannant le QR Code ci-dessous)***

Date et signature



Questionnaire de santé « QS – SPORT »

NOM : Prénom :

Activité(s) : Jour(s) :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Fait à : Date :

Signature :